



NOVO INGRESO ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL OS PILLABÁNS. CURSO: -

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

EN CALIDADE DE NAI PAI ACOLLEDOR/A TITOR/A LEGAL

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	CONCELLO	LOCALIDADE	PROVINCIA		
TEL MÓBIL 1	TEL. MÓBIL 2	TEL. FIXO	ENDEREZO ELECTRÓNICO		
E, NA SUA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido de dereito)					
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		

ENDEREZO PARA EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (non é necesario se coincide co anterior)

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NUMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
CP	CONCELLO	LOCALIDADE	PROVINCIA		
TELEFONO FIXO	FAX	TELEFONO MÓBIL	ENDEREZO ELECTRONICO		

DATOS DA NENA OU DO NENO

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
GRUPO DE IDADE A QUE ACCEDE	DISCAPACIDADE		DATA DE ACOLLEMENTO
	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON		

DATOS DA UNIDADE FAMILIAR

APELIDOS E NOME (incluída a persoa solicitante)	NIF	DATA NACEMENTO	PARENTESCO
Nº MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR			

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES

Fillo/a de persoal do centro Irmá/Irmán con praza no centro Familia acollidora Familia numerosa Familia monoparental

TIPO DE XORNADA QUE SOLICITA

Xornada completa de	horas a	horas
Xornada partida de	horas a	horas
½ Xornada de mañá de	horas a	horas
½ Xornada de tarde de	horas a	horas
COMEDOR <input type="radio"/> ALMORZO <input type="radio"/> XANTAR <input type="radio"/> MERENDA		

Solicitante de Bono Concilia: Si Non

SITUACION FAMILIAR

Número de membros que non formando parte da unidade familiar estean a cargo dela		
No caso de que o/a neno/a para o/a que se solicita a praza nacera nun parto múltiple	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Por cada membro da unidade familiar afectado por discapacidade ou enfermidade que requira internamento periódico	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Por ausencia do fogar familiar de ambos os dous membros parentais	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON

Calquera outra circunstancia familiar grave

SITUACION FAMILIAR

		Nai		Pai
Ocupación laboral	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Desemprego/a	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Beneficiario/a do tramo de inserción (RISGA)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Outras situacións				

A PERSOA SOLICITANTE OU RESPRESENTANTE DECLARA:

Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos

Cerceda, de de
 (sinatura da persoa solicitante ou representante)

De acordo co establecido pola normativa vixente en materia de protección de datos, informámoslle de que o Responsable de Tratamento dos seus datos persoais é CONCELLO DE CERCEDA, con dirección AVENIDA DO MESÓN 21, 15185 - A CORUÑA; ALCALDIA@CERCEDA.ES. Os datos serán utilizados para prestarlle o servizo solicitado e a xestión administrativa derivada da prestación do servizo. Os datos non se cederán a terceiros, salvo por obriga legal. Ten vostede dereito a acceder, rectificar ou suprimir os datos erróneos, solicitar a limitación do tratamento dos seus datos así como opoñerse ou retirar o consentimento en calquera momento e solicitar a portabilidade dos mesmos en calquier momento. Para elo, CONCELLO DE CERCEDA dispón de formularios específicos para facilitarlle o exercicio dos seus dereitos. Pode presentar a súa propia solicitude ou solicitar os nosos formularios, sempre acompañados dunha copia do seu DNI para acreditar a súa identidade. Pode consultar a información adicional y detallada sobre Protección de Datos solicitándoa por correo electrónico: ALCALDIA@CERCEDA.ES

ALCALDE-PRESIDENTE DO CONCELLO DE CERCEDA



Anexo III

PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

CÓNXUXE, PARELLA DE FEITO OU ANÁLOGA RELACIÓN COA PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

AUTORIZA/N

Ao Concello de Cerceda, para que, conforme o disposto no artigo 2.4 da Orde do Ministerio de Economía e Facenda, do 18 de novembro de 1999, que solicite á Axencia Tributaria os datos tributarios e a súa comprobación necesarios para a determinación da renda da unidade familiar.

Sinatura da persoa solicitante	Sinatura do/da cónxuxe/parella de feito ou relación análoga
Cerceda, de de	